

# Производственные травмы и профессиональные заболевания

## ПАМЯТКА О ПРАВАХ



Workers'  
Compensation  
Board

### Всем работникам, получившим производственную травму или профессиональное заболевание: вы можете иметь право на компенсационные пособия

1. Вы можете иметь право на компенсацию за неполученную заработную плату, если из-за производственной травмы или профессионального заболевания вы не могли работать в течение более семи дней, стали зарабатывать меньше денег или получили постоянную нетрудоспособность. В случае добровольных пожарных или добровольных работников скорой помощи выплата компенсации за потерю рабочего времени или трудоспособности может начинаться с даты получения травмы или наступления заболевания.
2. Вы имеете право на медицинское лечение, связанное с вашей травмой или болезнью, и должны получить его незамедлительно. В экстренном случае вы можете обратиться к любому поставщику медицинских услуг. После этого вы должны обратиться к поставщику, авторизованному Советом по компенсациям работникам (далее «Совет»), или в клинику производственной медицины. Найти такого поставщика услуг можно на сайте [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Не платите за услуги напрямую поставщику медицинских услуг; он выставит счет за услуги страховщику по компенсациям работникам вашего работодателя. Если у этого страховщика имеется своя сеть аптек или диагностических центров, вы должны получать услуги в этих учреждениях. Страховщик должен предоставить вам информацию об обязательной сети поставщиков и о том, как ее использовать.
3. Ваш работодатель обязан отремонтировать или заменить протез (искусственные части тела, вставную челюсть, очки и т. п.), который был потерян или поврежден во время трудовой деятельности. Вы также имеете право на возмещение средств за медикаменты, костыли и все оборудование, надлежащим образом прописанное вашим поставщиком медицинских услуг, а также за транспортные и иные расходы, необходимые для поездок в кабинет поставщика медицинских услуг или больницу и обратно. (У вас должны быть квитанции за все такие расходы.)
4. Ваш работодатель не имеет права просить вас отказаться от права на компенсацию или вычитать деньги из вашей заработной платы для оплаты страховых взносов за компенсацию работникам. Кроме того, вы не можете быть уволены или подвергаться дискриминации из-за того, что вы подали требование на льготы.
5. Вы имеете право нанять для представления ваших интересов адвоката или лицензированного представителя, но это не обязательно. Если вы наняли адвоката или лицензированного представителя, вы не должны платить ему за услуги напрямую. Его вознаграждение будет определено Советом и удержано из вашей компенсации.
6. Если ваше требование оспорено на том основании, что ваша травма или болезнь не связана с работой или не возникла вследствие исполнения обязанностей добровольного пожарного или работника скорой помощи, вам, возможно, придется оплатить расходы на медицинское лечение. Вы можете иметь право на пособие по нетрудоспособности в связи с непроизводственными травмами. Чтобы больше узнать о пособиях по нетрудоспособности, позвоните в Совет по телефону **(877) 632-4996**.

Примечание. Скорейшее возвращение к работе и активный образ жизни могут помочь вам быстрее выздороветь. Если вам нужна помощь для возвращения к работе или для решения семейных или финансовых проблем, вызванных травмой или болезнью, позвоните в Совет по телефону **(877) 632-4996** и сообщите, что вам нужна профессиональная реабилитация или социальная помощь.

### Подача требования

1. Сообщите в письменной форме вашему работодателю, что вы получили производственную травму или профессиональное заболевание, в течение 30 дней с даты несчастного случая или наступления заболевания.
2. Как можно скорее сообщите о травме или заболевании в Совет. Для этого получите, заполните и подайте **требование работника (форма С-3)**. Примечание. Добровольные пожарные подают **Требование пособия для добровольного пожарного (форму VF-3)**, а добровольные работники скорой помощи подают **Требование пособия для добровольного работника скорой помощи (форму VAW-3)**. **ВАЖНО!** Если вы не уведомите Совет о вашей травме или болезни в течение **двух лет**, вы можете потерять право на пособие.
3. Попросите своего поставщика медицинских услуг отправлять копии медицинских заключений относительно вашего требования в Совет и в страховую компанию вашего работодателя по адресам, указанным в нижней части этой формы.

**ЕСЛИ ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ПОЛУЧЕНИИ ИЛИ ЗАПОЛНЕНИИ ФОРМЫ ТРЕБОВАНИЯ ИЛИ ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДРУГИЕ ВОПРОСЫ О ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЕ ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПОЗВОНИТЕ ПО ТЕЛЕФОНУ **(877) 632-4996**. СОТРУДНИК СОВЕТА ПОМОЖЕТ ВАМ.**

Эта информация является упрощенным описанием ваших прав согласно Закону о компенсациях работникам (Workers' Compensation Law, WCL). Она предоставлена согласно требованию Раздела 110 Закона о компенсациях работникам страховщиком вашего работодателя:

СОГЛАСНО ТРЕБОВАНИЮ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ  
СОВЕТА ПО КОМПЕНСАЦИЯМ РАБОТНИКАМ  
NYS Workers' Compensation Board,  
Centralized Mailing, PO Box 5205,  
Binghamton, NY 13902-5205

[WCB.NY.GOV](http://WCB.NY.GOV)